

ใบสมัครสมาชิกชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย TSPD Membership Application

สำหรับเจ้าหน้าที่
ประเภทสมาชิก สามัญ สมทบ
เลขที่สมาชิก _____
วันที่รับเป็นสมาชิก _____

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ _____ นามสกุล _____ (ภาษาไทย)

ชื่อ _____ นามสกุล _____ (ภาษาอังกฤษ)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ท. _____ เพศ ชาย หญิง วันเกิด ____/____/____

สถานที่ทำงาน _____

ที่อยู่บ้าน _____

E-mail address _____ ที่อยู่ที่ต้องการให้ชมรมจัดส่งเอกสาร ที่บ้าน ที่ทำงาน

ประวัติการศึกษา

ระดับ	สาขา / จากมหาวิทยาลัย	ประเทศ	ปีที่จบ
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ท.บ.)			
ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก			
ประกาศนียบัตรชั้นสูง			
ปริญญาโท (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)			
ปริญญาเอก (ปริญญาดุษฎีบัณฑิต)			
Additional Degree			

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาวุฒิการศึกษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กมาด้วย ใช่ ไม่ใช่

การชำระเงิน ค่าบำรุงตลอดชีพ 3,000 บาท

เงินสด 3,000 บาท

เช็คขีดคร่อมสั่งจ่ายในนาม “ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย” จำนวน 3,000 บาท

ลงวันที่ _____ เช็คเลขที่ _____ ธนาคาร _____

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา โรงพยาบาลราชวิถี บัญชีออมทรัพย์

เลขที่บัญชี 051-258221-3 ชื่อบัญชี “ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย”

ส่งจดหมายมาที่ ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

34 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หรือ โทรสาร 027639416 หรือ email : tspd_regist@outlook.com

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ _____
(_____)